Lane Medical Library

Ueber die

Luetischen Erkrankungen der Leber.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 7. Juli 1888

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Ernst Brunk

prakt. Arzt

aus Bromberg.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Fritz Klewitz, prakt. Arzt.
- Dr. med. Edgar Suhle, Unterarzt.
- Dd. Gottlieb Schneider, Unterarzt.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen lieben Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Die Syphilis der Leber kommt sowohl hereditär bei Neugeborenen als auch bei Erwachsenen vor. Bei ersteren hat sie meist schon zum intrauterinen Tode geführt oder, wenn die Kinder lebend zur Welt kommen, gehen sie spätestens im dritten Monat an erschöpfenden Durchfällen oder acuten Peritonitiden zu Grunde[1]). Die ausgesprochensten Formen von Lebersyphilis kommen am häufigsten bei zur Reife gediehenen Kindern vor, die Krankheit entwickelt sich also in der Regel erst in den späteren Schwangerschaftsmonaten. Wenn trotzdem in der Literatur über Fälle berichtet wird, bei denen dieses hereditäre Leiden erst in den späteren Kinderjahren zur Beobachtung gekommen sein soll, so muss man entweder die Heredität des Leidens in diesen Fällen anzweifeln oder seine Zuflucht zu der allerdings sehr wenig beliebten Form der Syphilis hereditaria tarda nehmen, wie Dittrich[2]), der drei Fälle aus seiner Beobachtung, die einen Knaben von 11 und zwei Mädchen von 15 und 18 Jahren betrafen, hierher rechnet. Jedenfalls sind aber derartige Fälle in ätiologischer Beziehung immer mit der grössten Vorsicht zu beurtheilen. Gesteht doch selbst Henoch zu[3]), dass es ihm in seiner langjährigen und gerade an solchen Fällen sehr reichen Praxis nicht ein einziges Mal möglich war, mit einiger Sicherheit die Diagnose auf Syphilis hereditaria tarda zu stellen.

Von den anatomischen Veränderungen, welche die Syphilis in der Leber Neugeborener hervorbringt, hat zuerst Gubler[4]) eine richtige Beschreibung gegeben. Darnach ist die Leber meist in ihrer Totalität diffus indurirt, und erscheint alsdann vergrössert, feuersteinfarbig, hart,

[1]) Thierfelder, von Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. und Ther.
[2]) Prager Vierteljahresschrift 1849—50.
[3]) Lehrbuch der Kinderkrankheiten.
[4]) Gaz. méd. de Paris.

unelastisch, knirscht unter dem Messer, ist blutleer und zeigt auf dem Durchschnitte ein homogenes speckiges Aussehen. Ist die Induration nur eine partielle, so sind diese Veränderungen zwar auch vorhanden, aber nicht so ausgesprochen, die Farbe der Leber ist gelb bis braunroth und in den erkrankten Partien zeigen sich grieskornähnliche Gebilde als Reste des normalen Lebergewebes[5]). Histologisch bestehen die erkrankten Stellen aus fibroplastischen Elementen, Kernen und mehr oder weniger veränderten Zellen. Virchow[6]) bezeichnet diese diffuse Erkrankung der Leber als allgemeine Hypertrophie mit Induration, die innerhalb der erkrankten Stellen manchmal zerstreut liegenden kleinen gelblichen Punkte sieht er für miliare Gummiknoten an, die in fettiger Rückbildung begriffen sind. Nach Wagner[7]) betrifft die Hypertrophie das interacinöse Bindegewebe, namentlich in der Umgebung der Gefässe und Capillaren, in deren Adventitia eine Anhäufung von spindelartigen kernhaltigen Gebilden stattfindet, die sich schliesslich zu neuem Bindegewebe umwandeln. Die später erfolgende Retraction des Bindegewebes führt dann wieder zur Verkleinerung, ja Obliteration des Gefässlumens, besonders schnell dann, wenn noch eine Wucherung des Endothels der Gefässe hinzutritt. Diesen letzteren Vorgang bezeichnet Birch-Hirschfeld[8]) geradezu als Phlebitis resp. Arteriitis obliterans syphilitica. Je nach dem Grade der Verengerung des Gefässlumens sind die Leberzellen nun bald ganz normal, bald abgeplattet, bald zeigen sie die verschiedenen Stadien des moleculären Verfalls, wenn der Verschluss des Gefässlumens vollendet ist und sie so von jeder Nahrungszufuhr abgeschlossen sind. Dieselben Veränderungen finden sich auch an den Gallengängen. In der ausgesprochensten Form kommt diese

[5]) R. Müller, Virchow's Arch. 92.
[6]) Die krankhaften Geschwülste. II.
[7]) Archiv für Heilkunde. 1869.
[8]) In Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten.

diffuse Induration hauptsächlich bei todtfaulen Kindern vor oder solchen, die bald nach der Geburt sterben.

An die diffuse interstitielle Hepatitis schliesst sich die sogenannte miliare Knotenbildung als zweite Form der hereditären Lebersyphilis unmittelbar an[9]), da es offenbar nur einer Steigerung jenes Processes bedarf, um aus ihm die miliare Gummibildung hervorgehen zu lassen. Die Knötchen präsentiren sich als feinste bis stecknadelkopfgrosse Herde im interstitiellen Gewebe von grauweisser bis gelber Farbe, die nie rund und abgeschlossen sind, sondern eckig und mit ihrer Nachbarschaft durch feine Bindegewebszüge in Verbindung stehen, was für ihre syphilitische Natur sehr charakteristisch ist. Sie stellen Zerfallsproducte dar jener durch die interstitielle Entzündung gebildeten Producte und insofern kann man wohl in ihrem Auftreten eine Steigerung des Entzündungsprocesses sehen. Denn sowie die interstitielle Wucherung zum Zerfall der Leberzellen führte, ebenso kann sie auch zur regressiven Metamorphose ihrer eigenen Producte führen. Entsprechend den beiden Formen der interstitiellen Hepatitis syphilitica kommen nun diese Knötchen auch entweder diffus durch die ganze Leber zerstreut vor, ein Zustand, den Birch-Hirschfeld[10]) als allgemeine miliare Lebersyphilose bezeichnet und der immer zu einem rapiden und fast vollständigen Zerfall des Lebergewebes führt, oder in einzelnen grösseren oder kleineren Gruppen. Aus dieser herdweise auftretenden Form kann endlich durch Zusammenfliessen der Knötchen eine Bildung von grösseren Gummiknoten hervorgehen, wie wir sie später bei Erwachsenen vorfinden werden, die bei hereditärer Lebersyphilis aber höchst selten beobachtet sind. Als Peripylephlebitis syphilitica endlich hat Schüppel[11])

[9]) Birch-Hirschfeld, in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. IV.

[10]) ibid.

[11]) v. Ziemssen's Handbuch der spec. Pathologie und Ther. Bd. VIII.

eine Form der hereditären Lebersyphilis bezeichnet und beschrieben, die er bei ganz kleinen in den ersten Lebenswochen verstorbenen syphilitischen Kindern fand. Die Erkrankung betraf hauptsächlich das periportale Bindegewebe bald eines, bald beider Lappen und ging nicht über den Sinus hepatis hinaus. Die Leber war wenig vergrössert, braungrün gefärbt und sehr welk. Man fühlte von aussen harte schwielige Stränge, die von der Porta hepatis das ganze Organ durchzogen und durch Massenzunahme der Glisson'schen Kapsel entstanden waren. Darin lagen zerstreut Anhäufungen von kleinen Rundzellen und käsigem Detritus, so dass diese Stellen wie verkäste Gummiknoten aussahen. In allen diesen Fällen konstatirte Schüppel äusserst schwere Symptome, wie intensiven Icterus, Meteorismus, hochgradigen Ascites, Blutungen in den Darm und enorm grossen Milztumor.

Schliesslich wäre noch zu erwähnen, dass auch der Bauchfellüberzug der Leber sehr häufig an der Entzündung theilnimmt, wodurch es zu Verdickungen desselben und zu Verwachsungen mit den Nachbarorganen kommt. Bei Erwachsenen ist bekanntlich in der Reihenfolge der durch das syphilitische Gift erkrankenden Organe insofern eine gewisse Regelmässigkeit nicht zu verkennen, als von dem Orte der Primärerkrankung aus die Infection zunächst auf die Lymphdrüsen, sodann auf die äusseren Theile und schliesslich auf die inneren übergeht. Demnach müsste sich also der syphilitische Process immer erst in den späteren Stadien in der Leber etabliren. Jedoch liegen zahlreiche Beobachtungen vor, welche beweisen, dass auch in früheren Stadien die Leber sehr wohl schon afficirt werden kann.

So hat Biermer[12]) Icterus mit Vergrösserung von Leber und Milz neben Roseola syphilitica beobachtet. Virchow[13]) hält es für wahrscheinlich, dass die einfacheren

[12]) Lang. Pathol. u. Ther. der Syphilis.
[13]) Die krankhaften Geschwülste. II.

Formen der Lebersyphilis Erwachsener sich im Allgemeinen früher ausbilden und dass die Gummigeschwulst sich erst später auf dem durch jene verbreiteten Boden entwickelt. Dass aber auch diese Anschauung nicht für alle Fälle gilt, beweist die Beobachtung von Key[14]). Er fand bei einem an Tuberculose verstorbenem 28jährigen Mädchen, das 7 Monate vor ihrem Tode an einem Genitalgeschwür behandelt worden war, in der Leber ein wallnussgrosses und dicht daneben ein erbsengrosses Gummi. Im Grossen und Ganzen ist es jedoch die Regel, dass Leberaffectionen auf syphilitischer Basis erst in den späteren Stadien, ungefähr 2—40 Jahre nach stattgehabter Infection auftreten und zwar in der Weise, dass sie die klinische Diagnose ermöglichen[15]).

Man kennt bei Erwachsenen ebenso wie bei Neugeborenen zunächst auch eine interstitielle Hepatitis syphilitica, die aber höchst selten diffus über die ganze Leber ausgedehnt ist, sondern sich vielmehr auf circumscripte Stellen beschränkt oder doch höchstens einen Lappen vollständig ergreift. Das gewucherte interlobuläre Bindegewebe gewinnt eine solche Mächtigkeit, dass es die eingehüllten Leberacini schliesslich von jeder Ernährung abschliesst und dadurch ihre Untergang herbeiführt. Dieser Substanzverlust wird durch die nachfolgende Retraction des Bindegewebes noch markanter und daher das fast pathognomische Aussehen einer syphilitischen Leber: unebene Oberfläche infolge tief eingesunkener, strahlig eingefalteter Stellen von weissem Aussehen. Schneidet man auf eine so veränderte Stelle ein, so kommt man auf eine weisse resistente Masse, welche nicht wie der Tuberkel abgekapselt zwischen normalem Lebergewebe eingebettet liegt, sondern von welcher zahlreiche Ausläufer unmittelbar ausgehen, um entweder den Zusammenhang mit der Nachbarschaft oder mit einer

[14]) Schmidt's Jahrbücher 1874.
[15]) Lang ibid.

zweiten ebenso veränderten Stelle herzustellen[16]). Sind diese strahligen Narben sehr gross und tief, so können dadurch die grössten Verunstaltungen der Leber hervorgerufen werden, zumal wenn auch der functionsfähig gebliebene Theil der Leber, wie Virchow[17]) es lehrt, durch kompensatorische Hypertrophie den verloren gegangenen gewissermassen zu ersetzen sucht. Man fühlt dann schon am Lebenden auf der Leberoberfläche aufsitzend grosse kugelige Tumoren, durch tiefe Furchen getrennt von einander, ja manchmal fast ganz abgeschnitten von der eigentlichen Leber, ein Zustand, den man mit dem Namen der „gelappten Leber" belegt hat. Als eine Folge der Hypertrophie der normalen Leberzellen ist es auch anzusehen, dass das Gesammtvolumen der Leber bei Hepatitis syphilitica selten beträchtlich verkleinert ist, meistens nur wenig von der Norm abweicht und nur bei gleichzeitiger amyloider Degeneration, die jedoch relativ selten ist, vergrössert ist[18]). Die Gefässe und Gallengänge haben meist auch unter dem Process zu leiden. Es kommt im weiteren Verlaufe zu Kompressionen derselben und schliesslich zur Obliteration und daraus sich ergebenden Störungen in der Blutcirculation und Gallensecretion. Hierdurch wieder finden zwei, wenn auch nicht wesentliche Symptome der Lebersyphilis, der Ascites und Icterus, ihre anatomische Deutung. Ueberall da, wo im Innern der Leber der Process eine grössere Ausdehnung gewinnt, namentlich aber, wenn er sich an der Oberfläche vollzieht, wird auch der Bauchfellüberzug der Leber in Mitleidenschaft gezogen. Diese Perihepatitis syphilitica ist vor allen andern dadurch ausgezeichnet, dass die durch sie neugebildeten Bindegewebsstränge ausserordentlich stark und massig sind; infolge dessen kommt es auch zu sehr festen Adhäsionen mit den Nachbarorganen, unter denen wieder diejenigen mit dem

[16]) Virchow, Archiv f. pathol. Anatomie. XV.
[17]) Archiv f. pathol. Anat. XV.
[18]) v. Frerichs, Klinik der Leberkrankheiten.

Zwerchfell obenan stehen, weil die Syphilis in der Leber gern ihren Sitz in der Nähe des Ligamentam suspensorium nimmt. Virchow[19]) giebt für die Wahl gerade dieses Ortes folgende Erklärung: Ebenso wie die syphilitische Affection der Knochen sich gern an denjenigen Stellen localisirt, welche häufiger mechanischen Insulten ausgesetzt sind, so tritt auch in der Leber die Syphilis mit Vorliebe an denjenigen Stellen auf, wo alle Erschütterungen und Zerrungen des Organs ihre grösste Einwirkung entfalten müssen, nämlich in der Nähe der Leberligamente und vor allen in der Nähe des Ligamentum suspensorium, so dass also auch hier die Erregung des Processes in letzter Instanz eine traumatische ist.

Im weiteren Verlaufe der Lebersyphilis kommt es nun ganz analog der hereditären Form auch bei Erwachsenen zur Gummibildung, nur mit dem Unterschiede, dass wir hier bei der Obduction gewöhnlich nicht jene eben erwähnten miliaren Formen antreffen, sondern die grösseren Knoten, Gummigeschwülste. Diese sind schon sehr lange bekannt und auch beschrieben worden, aber es fehlte an einer richtigen Deutung ihrer pathologischen Genese. Sie figurirten theils unter dem Namen eingekapselter knotiger Geschwülste, die aus Anhäufungen käsiger Stoffe in erweiterten Gallengängen hervorgegangen sein sollten, theils galten sie für Krebsresiduen. So haben Oppolzer und Bochdalek[20]) mehrere Fälle, bei denen sie solche Knoten fanden, als geheilten Krebs der Leber beschrieben. Dittrich[21]) erkannte sie zwar in pathologisch-anatomischer Beziehung auch noch nicht, indem er sie für abgekapselte, nicht organisirte Exsudate hielt, sein Hauptverdienst ist es aber, dass er ihre syphilitische Natur einwandsfrei darstellte und die Unsicherheit in der Differentialdiagnose zwischen Leberkrebs

[19]) Arch. f. pathol. Anat. XV.
[20]) Prager Vierteljahrsschrift 1845.
[21]) Prager Vierteljahrsschrift 1849—50.

und Lebersyphilis dadurch vollständig beseitigte, dass er gerade an den für geheilten Krebs gehaltenen Präparaten die syphilitische Affection nachwies. Erst durch Virchow ist uns die Kenntniss über ihre Entstehung geworden. Er hat gezeigt, dass die bei Syphilis vorkommenden Lebergeschwülste Neubildungen sind, welche entweder aus dem normalen Bindegewebe der Leber durch reichliche Zellproliferation hervorgehen, oder, was meistens der Fall ist, aus einem Bindegewebe, das erst durch die lange vorher bestehende interstitielle Hepatitis syphilitica erzeugt ist. Diese Hepatitis interstitialis stellt also nach ihm immer eine Vorbedingung für die Gummibildung dar, und es bedarf nur eines gewissen grösseren Reizes, um an einigen Stellen des bestehenden Processes durch reichliche Zellenneubildung die Gummiknoten noch als neu hinzutreten zu lassen. Von einer solchen Gummigeschwulst giebt er in seiner Geschwulstlehre folgende Schilderung: „Meist an der Oberfläche der Leber, unter einer verdickten Stelle der Albuginea, häufig unter einer hepato-diaphragmatischen Adhäsion findet sich eine oft strahlige Depression; von da aus geht ein schwieliges narbenartiges Gewebe in die Tiefe und in diesem liegen die Knoten als rundliche, höckerige oder längliche Massen eingebettet.“ Gewöhnlich sieht man mehrere derart veränderte Stellen, welche durch strahlige Ausläufer mit einander zusammenhängen und dadurch tiefe Einziehungen der Leberoberfläche bedingen, oder sie sitzen auch zerstreut über die ganze Leberoberfläche. Ihr Lieblingssitz ist jedoch zu den Seiten des Aufhängebandes oder auch gerade unter demselben aus dem oben angeführten Grunde. Dieselben Veränderungen können aber auch in der Tiefe der Leber Platz ergreifen, dann meist im perportalen Bindegewebe, das die Knoten als dicke Kapsel umgiebt. Frei ohne jeden sichtbaren Zusammenhang mit dem interstitiellen Gewebe sieht man sie höchst

selten, es müssten denn Geschwülste von der kleinsten Form sein. Die Grösse der Neubildungen variirt im Allgemeinen von der eines Stecknadelkopfes bis zur Kirschkerngrösse und darüber, weshalb sie auch leicht mit andern in der Leber vorkommenden Geschwulstformen verwechselt werden können. Allein sie zeichnen sich durch eine auffallend gelbe, bald weisslich gelbe, bald graugelbe Farbe aus, sowie durch eine besondere Dichtigkeit und Gleichmässigkeit. Der Lebertuberkel dagegen, der zu Verwechselungen Anlass geben kann, ist fast immer miliar und zeigt eine mit gelbbrauner oder grünlicher Masse angefüllte Höhle, ist auch nicht so dicht und gleichmässig. Einfache Gallengangcysten enthalten entweder eine breiige, gallig gefärbte Masse, oder gallige Flüssigkeit und sind schon leichter zu unterscheiden.

Was die feinere Structur des syphilitischen Knotens anlangt, so besteht derselbe aus einer mehr oder weniger faserigen Masse, die mit in Zerfall begriffenen Zellen, Kernen und Fettkörnchen reichlich durchsetzt ist[23]) und kontinuirlich in das umliegende, in voller Wucherung begriffene Bindegewebe übergeht. Man kann mit Orth[24]) und anderen an einem syphilitischen älteren Gummi zwei Schichten unterscheiden, eine äussere weiche, röthlich graue, gefässhaltige, besonders an Spindelzellen reiche, aus jungem Gewebe bestehende, welche in unregelmässiger Weise in das umgebende Lebergewebe einstrahlt; und eine innere unregelmässige, zackige, gelbe homogene Schicht, die aus der äusseren durch Necrose sich gebildet hat und die sich hauptsächlich im Gebiete der obliterirten Gefässe findet. Diese letztere Schicht fehlt bei kleinen und ganz frischen Gummibildungen. In wie weit nun und ob überhaupt bei diesem Endproduct der syphilitischen Entzündung eine Resorption möglich ist, ist bisher nicht sicher nachgewiesen. Es ist

[23]) Virchow, Die krankhaften Geschwülste.
[24]) Lehrbuch der allgem. und spec. pathologischen Anatomie.

aber wohl leicht einzusehen, dass die schwielige Bindegewebskapsel, die überdies sehr gefässarm ist, der Resorption grosse Hindernisse in den Weg legen wird und dieselbe also höchstens sehr langsam vor sich gehen kann. Noch seltener aber sind Verkalkungen des Gummiknotens. Infolgedessen ist die Einkerbung und Lappung, welche das Organ im Verlaufe erfährt, wohl hauptsächlich der Retraction des massenhaft entwickelten Bindegewebes zuzuschreiben.

Diese interstitielle Hepatitis und der im weiteren Verlaufe aus ihr sich entwickelnde Gummiknoten sind die einzigen syphilitischen Erkrankungsformen der Leber. Wir kennen jedoch auch interstitielle Veränderungen der Leber, die andern Ursachen, wie chronischem Alcoholismus etc. entspringen. Von diesen unterscheidet sich der syphilitische Process einmal dadurch, dass er meist nur an circumscripten Stellen auftritt, während die Leber eines Säufers immer in toto afficirt wird, dann aber sind auch die von der Syphilis erzeugten Bindegewebswucherungen viel mächtiger und unregelmässiger. Der Gummiknoten dagegen kommt nur bei Syphilis vor; wo wir ihn finden, ist die Natur des Leidens unverkennbar. Alle anderen Veränderungen des Leberparenchyms, welche die Obduction bei Lebersyphilis liefert, sind nicht im eigentlichen Sinne als syphilitische anzusehen. Es ist demnach Frerich's[25]) Eintheilung der syphilitischen Lebererkrankungen in

1. einfache interstitielle Hepatitis,
2. gummöse Hepatitis,
3. wachsartige, amyloide oder speckige Degeneration,

wohl nicht als genau zu betrachten, sondern die dritte Reihe besser als nicht direct mit der Syphilis im Zusammenhange stehend auszuscheiden. Denn es kommen dieselben Veränderungen in der Leber auch ohne Syphilis vor und sie sind nicht immer vorhanden bei der sicher

[25]) Klinik der Leberkrankheiten.

gestellten syphilitischen Natur des Leidens[26]). Demnach sind jene Veränderungen besser abhängig zu machen von der durch die syphilitische Erkrankung herbeigeführten Störung in dem normalen Verhalten zwischen Parenchym und Stroma und der langjährigen Wirkung der Lues auf den ganzen Organismus. Denn die amyloide Degeneration der Unterleibsorgane tritt bekanntermassen überaus häufig nach langdauernden Eiterungen auf. Nun gehen aber der syphilitischen Leberaffection Processe entweder vorauf oder nebenher, die durch grosse Eiterungen einen bedeutenden Säfteverlust herbeiführen, wie die Knochenerkrankungen, also können diese wohl naturgemäss als die Ursache der amyloiden Degeneration betrachtet werden. Wir sehen also, dass wir an einer syphilitischen Leber die echt syphilitischen Veränderungen des Stromas streng zu scheiden haben von den secundären durch jene bedingten Processe, die sich am Parenchym abspielen.

So sehr nun auch die eben erörterten Befunde dem Obducenten eine ziemlich sichere Diagnose ermöglichen, mit desto grösseren Schwierigkeiten hat der Kliniker zu kämpfen.

In den congenitalen Fällen lässt sich die Leber fast immer als nach allen Richtungen vergrössert nachweisen[27]), so dass sie sich oft genug durch Auftreibung der entsprechenden Bauchseite abzeichnet. Bei Erwachsenen ist der Leberumfang auch selten normal, im Anfange der Krankheit meist vergrössert, später verkleinert[28]). Unter 17 Fällen aus der Literatur fand ich den Leberumfang 5 mal verkleinert angegeben, 7 mal normal und 5 mal wenig vergrössert. Unter den letzteren fanden sich 4 mit wachsartiger Degeneration. Es kommen jedoch auch Fälle von exquisiter Lebersyphilis vor, die

[26]) Virchow, Die krankhaften Geschwülste.

[27]) Thierfelder in v. Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. und Ther.

[28]) Lang, Pathol. u. Ther. der Syphilis.

unter dem Bilde einer bedeutenden Vergrösserung des Organs verlaufen. Drei derartige Fälle, deren Krankengeschichten im Anschluss ausführlich mitgetheilt werden sollen, sind auf der hiesigen II. medicinischen Klinik beobachtet werden. Bei dem einen U. betraf die Vergrösserung nur den rechten Leberlappen, der als mächtige Geschwulst bis 12 cm unterhalb des rechten Rippenbogens reichte, während der linke Lappen von charakteristischen tiefen Einschnürungen gefurcht verkleinert erschien. In dem anderen Falle S. betraf die Vergrösserung beide Lappen; der untere Leberrand reichte bis zum Nabel, bewegte sich bei der Respiration gar nicht, nach links stiess die Leberdämpfung mit der Milzdämpfung zusammen. In dem dritten Falle J. dagegen ergab sich eine vorwiegende Schwellung des linken Leberlappens, der im Epigastrium eine bis zum Nabel reichende, mächtig vorspringende Geschwulst bildete. Dieser letztere Fall war ausserdem noch dadurch ausgezeichnet, dass bei demselben keine Spur einer narbigen Retraction oder Einkerbung zu finden war, sondern dass die Krankheit ganz unter dem Bilde einer hyperplastischen gleichmässigen Lebervergrösserung verlief und demnach zu der gewöhnlichen Form der Lebersyphilis in einem ähnlichen Verhältniss stand wie die sogenannte hypertrophische Form der Lebercirrhose der Säufer zu der atrophischen. Diese Parallele wird noch dadurch gestützt, dass in dem eben erwähnten Falle ebenso wie bei der hypertrophischen Lebercirrhose der Alcoholiker Icterus vorhanden war, der, wie wir sehen werden, bei der gewöhnlichen Lebersyphilis nur ein seltenes Vorkommniss bildet, dass dagegen der Ascites nur bisweilen und dann auch nur in ganz geringen Spuren nachweisbar war. Die Beschwerden dieser Patientin waren hauptsächlich bedingt durch die gewaltige Vergrösserung des Organs und die damit verbundene Empordrängung und Fixirung des Zwerchfells.

Die Form der Leber ist oft in mannigfacher und ganz charakteristischer Weise verändert. Am häufigsten ist die Oberfläche durch tiefe Furchen in unregelmässige Lappen abgetheilt, von welchen einzelne wie runde glatte Tumoren hervortreten, wie in unsern beiden Fällen U. und S. Bei dem ersteren fühlte man im Epigastrium einen 4 cm im Durchmesser haltenden flach-rundlichen Tumor, dessen unterer Rand zahlreiche kleine Einkerbungen zeigte, wodurch Körper von etwa Kirschkerngrösse abgeschnürt wurden. In dem Falle S. war der freie Leberrand mit einer Reihe tiefer Einkerbungen versehen, die tiefste war 7 cm lang vom freien Rande aus gemessen. Beide Lappen werden sehr selten ergriffen, jedoch bei Frerichs[29]) finden sich 3 derartige Fälle. In dem einen war der linke Leberlappen grösser als der rechte, beide sowohl auf der convexen wie concaven Fläche stark höckerig; bei dem zweiten war der linke Lappen atrophisch, an dem rechten auf der convexen Fläche am oberen Rande tiefe narbige Einziehungen; in dem dritten Falle endlich wog die Leber 2,2 Kilo, der rechte Lappen war besonders vergrössert, mit narbigen Einziehungen versehen, der linke dagegen war zu einem kurzen Anhang zusammengeschrumpft. Meistens wird aber nur ein Lappen Sitz der Affection und schrumpft, während der andere hypertrophirt[30]), wie es sehr prägnant in unserem Falle U. ausgesprochen war.

Ausgesprochener Icterus wird bei Lebersyphilis selten beobachtet und ist, wenn er auftritt, gewöhnlich nur von kurzer Dauer. Nur wenn grössere Gallengänge oder der Ductus hepaticus selbst durch Gummiknoten oder Narben comprimirt werden, ist er vorhanden. Frerichs[31]) sah ihn ferner neben Perihepatitis, wo er mit Nachlass der Entzündung auch wieder verschwand; in

[29]) Klinik der Leberkrankheiten.
[30]) ibid.
[31]) ibid.

einem anderen Falle ergab die Obduction geschwollene Drüsen in der Porta hepatis, welche den Gallenausführungsgang comprimirt hatten.

Ascites ist dagegen ein häufigeres Symptom, namentlich, wenn die Leber sehr verkleinert ist oder ein grösserer Pfortaderast komprimirt wird. In den hereditären Fällen findet er sich viel häufiger, vorwiegend bei Todtgeborenen, weit seltener bei solchen Kindern, die längere Zeit am Leben bleiben. Ja, wenn die Kompression der Pfortader eine hochgradige wird, kann es zu Blutungen in den Magendarmkanal kommen, wie in dem Falle S. Es ist ja längst bekannt, dass bei der gewöhnlichen alcoholischen Lebercirrhose infolge der Pfortaderstauungen nicht selten und zwar hauptsächlich im Beginn der Erkrankung Magenblutungen oder auch Darmblutungen vorkommen. Bei der Lebersyphilis, sobald dieselbe zu Verengerungen der Pfortader führt, scheinen diese Blutungen im Wurzelgebiet dieses Gefässes nicht nur nicht selten zu sein, sondern sie können sogar, wie der Fall S. es beweist, einen ganz gewaltigen Umfang nehmen, so dass unter ihrem Einfluss der unmittelbare Tod durch Verblutung auftritt. Die Obduction des erwähnten Falles beweist, dass es sich in der That nur um eine Blutung durch Stauung resp. per Diapedesin gehandelt hat, da die Schleimhaut des Magendarmkanals intact, nirgends ulcerirt, aber dunkelroth haemorrhagisch infiltrirt erschien.

In den meisten Fällen findet sich ferner ein mehr oder weniger deutlich ausgesprochener Milztumor, welcher entweder durch die Stauung in der Pfortader oder durch gleichzeitige Gummibildung in der Milz bedingt ist. Er erreicht bei Lebersyphilis unter Umständen einen sehr viel höheren Grad als bei der gewöhnlichen schrumpfenden alcoholischen Lebercirrhose. Es kommt vor, und in den im Anhang näher beschriebenen Fällen finden sich hierfür Belege, dass die Milz mit der Leber

zusammenstösst und als harter Tumor bis Handbreite den Rippenbogen überragt. Das Organ ist dabei hart, meistens ziemlich gleichmässig geschwollen. Dass diese Vergrösserung der Milz nicht allein auf Pfortaderstauung zurückzuführen ist, geht daraus hervor, dass dieselbe sich gerade in besonders hohem Grade findet bei Fällen, in welchen kein oder nur ganz geringer Ascites vorhanden war. Es erinnert dies daran, dass auch bei der hypertrophischen Lebercirrhose der Säufer die Milz meist in sehr bedeutendem Masse geschwollen erscheint, obwohl auch hier die übrigen Symptome der Stauung, in erster Linie der Ascites, sehr viel weniger ausgebildet sind, als bei der atrophischen Form.

Abgesehen von dem eben Gesagten kann bei Lebersyphilis als weiteres Symptom sich auch Anämie entwickeln, doch erscheint diese eben so wenig wie Icterus als constantes Symptom. Anämie höheren Grades scheint sich, wie z. B. der Fall U. ergiebt, vor allem dann zu entwickeln, wenn neben der luetischen Affection der Leber gleichzeitig eine solche der Milz besteht. Diese Anämie kann unter Umständen einen derartigen Grad erreichen, dass der Fall ursprünglich als perniciöse Anämie oder Chlorose zu imponiren im Stande ist.

Ein häufiger Begleiter der Lebersyphilis ist endlich die Kachexie. Dieselbe ist nicht sowohl durch die Lebererkrankung bedingt, als vielmehr durch die gleichzeitig vorkommende Affection der Milz und Nieren und die syphilitischen Lymphdrüsenerkrankungen[32]). Der fortdauernde Eiweissverlust und die Functionseinstellung der für die Blutbildung so wichtigen Organe führen zu einem hohen und manchmal sehr rapiden Kräfteverfall. Die subjectiven Symptome bei Lebersyphilis bestehen in einem Gefühle von Unbehagen und Schwere in der Lebergegend, hauptsächlich aber klagen die Patienten über Schmerzen daselbst, die bald dumpf, bald lebhaft

[32]) Lang ibid.

und mit wechselnden Exacerbationen einhergehen und der bestehenden Perihepatitis zuzuschreiben sind. Sie werden für gewöhnlich schon hervorgerufen durch die respiratorischen Verschiebungen des Organes und besonders empfindlich auf Druck oder, wenn die Kranken sich auf die rechte Seite legen.

Ein konstantes Symptom der Perihepatitis ist ferner nach Gerhardt[33]) das Reibegeräusch. Frerichs[34]) hat es nicht so konstant gefunden, nur in den mehr chronischen Fällen häufiger, namentlich bei gleichzeitiger Zunahme der Leberconsistenz und des Leberumfanges.

Alle diese erwähnten Symptome aber, vielleicht mit einziger Ausnahme der charakteristischen Unebenheit der Leberoberfläche, kommen einzeln oder vereint bei allen möglichen Lebererkrankungen vor, so dass wir also, um die vorliegende Affection als syphilitisch betrachten zu können, immer noch zu anderen sichereren Zeichen von Syphilis an anderen Organen unsere Zuflucht nehmen müssen. Andernfalls dienen noch folgende Punkte der Differentialdiagnose[35]). Gleichmässige Vertheilung der Unebenheiten über die ganze Oberfläche der Leber und ein gleichmässig fortschreitendes Verkleinern der Leber sprechen für Cirrhose; fortschreitendes Wachsthum der Knoten, andauernde Schmerzen, rascher Verfall der Kräfte, Fehlen von Milztumor und Albuminurie, vorgerücktes Alter für Krebs; verschiedene Grösse des Höckers, ungleiche Vertheilung derselben oder gar nur Sitz in einem Lappen und infolge dessen ungleichmässige Verkleinerung der Leber, Milztumor und Albuminurie für Syphilis.

Die Prognose bei Lebersyphilis ist nach folgenden Gesichtspunkten zu beurtheilen:

1. Nach der Ausdehnung des Processes in der Leber.

---

[33]) Lehrbuch der Kinderkrankheiten.
[34]) Klinik der Leberkrankheiten.
[35]) Lang, Pathol. u. Ther. der Syphilis.

2. Nach der Wegsamkeit der Pfortaderzweige und Gallengänge.

3. Nach den vorhandenen Komplicationen.

Sie ist also nicht ganz ungünstig, sobald der Process nur kleinere Stellen der Leber erfasst hat, ungünstig aber, wenn er einen bedeutenden Umfang angenommen hat, der grössere Theil der Leber in eine schwielige Masse verwandelt ist.

Die Therapie, welche eine energisch antisyphilitische sein muss, hat nur in beginnenden Fällen eine günstige Prognose für sich; in vorgeschrittenen Fällen dagegen kann es geschehen, dass unter ihrem Einfluss die Narbenbildung und damit die Verengerung des Gefässsystems rasch befördert wird und dass dadurch die darauf bezüglichen Erscheinungen in rapider und gefährlicher Weise sich steigern, wie aus unserm Falle S. hervorgeht. Hier traten ganz entschieden nur infolge der antisyphilitischen Therapie derartig profuse Blutungen auf, dass die Patientin in ungefähr 38 Stunden daran zu Grunde ging. Bei den beiden anderen Fällen dagegen wurde durch die antisyphilitische Therapie nicht nur eine Verkleinerung der Leber, sondern auch erhebliche Besserung erzielt, und vor allem bei der U. durch das Quecksilber die ursprünglich sehr hervorstechende Anämie gehoben, und es hat hier das Quecksilber einen ähnlichen Einfluss auf die Anämie ausgeübt, als wie bei Fällen reiner Chlorose das Eisen. Freilich wurde in keinem dieser beiden Fälle auch durch die prolongirte antiluetische Behandlung eine totale Rückbildung des Organs bis auf normale Grenzen bewirkt, sondern es blieb, nachdem der untere Leberrand um etwa zwei Fingerbreite in die Höhe gerückt war, in beiden Fällen die Leber noch immer etwas vergrössert.

Fall I. Die 19jährige Arbeiterin U. wurde am 22. Februar 1888 in die Charité aufgenommen. Sie giebt an, dass sie aus gesunder Familie stamme, von

früher Kindheit an aber immer an Magenbeschwerden gelitten habe; nach der Mahlzeit hatte sie Erbrechen und heftige Schmerzen in der Magengegend. Auch hat sie in der Gegend unterhalb des Processus xiphoid. immer eine Anschwellung des Leibes bemerkt, Icterus will sie nie gehabt haben. Im Sommer 1887 traten heftige kolikartige Schmerzen im Unterleibe auf, die seit 3 Wochen sehr zugenommen haben; dazu gesellte sich noch eine grössere Anschwellung des Leibes, Husten und Herzklopfen. Der Stuhlgang ist immer regelmässig gewesen. Mit Hunden will sie nie in nähere Berührung gekommen sein.

Status: Patientin ist für ihr Alter sehr wenig entwickelt, von gracilem Knochenbau, elender Ernährung. Grosse Blässe. Am Halse Venenpulsation. Zunge nicht belegt. Fauces normal. Husten. Kein Auswurf.

Die Untersuchung der Brustorgane ergiebt L. H. U. eine 2fingerbreite Dämpfung mit abgeschwächtem Vesiculärathmen. In der rechten Fossa supraclav. verschärftes Vesiculärathmen. Die Herzdämpfung ist nach rechts verbreitert, Spitzenstoss im V. Intercostalraum, einwärts von der Mamillarlinie, abgeschwächt, Herztöne rein.

Die Leberdämpfung ist nach abwärts vergrössert, Leber deutlich palpabel, höckerig, derb. Der untere Leberrand steht in der rechten vorderen Axillarlinie 9 cm, in der rechten Mamillarlinie 12 cm unterhalb des Rippenbogens, in der rechten Parasternallinie und in der Mittellinie 12 cm unterhalb des Basis des Processus xiphoid. Nach links reicht die Leberdämpfung nur bis zur linken Parasternallinie. Die Palpation der Leber ist schmerzhaft. Im Epigastrium fühlt man einen 4 cm im Durchmesser haltenden Tumor, der sich bei den respiratorischen Excursionen lebhafter bewegt als die Leber. Der Tumor lässt sich von unten her umgreifen, er zeigt alsdann eine kleine scharfe Kante, welche sich ähnlich anfühlt wie der Leberrand, und zahlreiche kleine

Einkerbungen hat, wodurch Körper von etwa Kirschkerngrösse abgeschnürt werden.

Die Milzdämpfung ist 12 cm breit, die Spitze der Milz ist 5 cm vor dem Rippenbogen als derber, rundlicher Tumor palpabel. Kein Reiben. Kein freier Ascites, doch ist das Abdomen in seinen unteren Abschnitten etwas vorgewölbt. Am Halse finden sich zahlreiche geschwollene Drüsen von Kirschkerngrösse, Axillar- und Inguinaldrüsen nicht fühlbar. Schmerzen bei Druck auf den Humerus, ebenso bei Druck auf die rechte Tibia, in deren Mitte sich eine Hervorwölbung bemerkbar macht. Am Ansatz des Deltoides befindet sich eine schmerzhafte Stelle mit Knochenauftreibung. Auf dem linken Scheitelbeine ist eine circumscripte, sehr druckempfindliche Stelle, die etwas prominirt. Der Nasenrücken ist eingesunken und verbreitert, der rechte Nasengang ist undurchgängig. An den Genitalien finden sich keine Narben oder sonstigen Zeichen von Syphilis.

Es wird Jodkali innerlich gegeben und ausserdem noch täglich 3 g Ung. cin. geschmiert. Unter dieser Therapie bessert sich sowohl das Allgemeinbefinden der Patientin, als auch geht der Lebertumor merklich zurück.

Am 19. III. ist der Leberbefund folgender: die Leber ist in der Mittellinie nicht mehr so deutlich palpabel. Der Tumor im Epigastrium sehr deutlich, sehr beweglich; der untere Leberrand steht in der Axillarlinie $8\,^1/_2$ cm, in der Mamillarlinie 7 cm unterhalb des Rippenbogens, in der rechten Parasternallinie 10 cm und in der Mittellinie $10\,^1/_2$ cm unterhalb der Basis des Processus xiphoid.

Am 9. IV. wird die antisyphilitische Kur beendet. Die Beschwerden der Patientin haben sich wesentlich gebessert, ihr Kräftezustand, sowie namentlich ihre Anaemie sind durch die Therapie wesentlich gehoben und sie verlässt Ende April als gebessert die Anstalt.

Fall II. Die 56 jährige Arbeiterfrau J. hat ausser den Kinderkrankheiten noch viele andere Krankenlager durchgemacht. Darmverschlingung, Wassersucht, Gehirnentzündung, Lungen- und Brustfellentzündung befielen sie nach ihrer Angabe fast ununterbrochen. Im 19. Jahre überstand sie ein Magenleiden. Sie behielt nichts, hatte häufig Bluterbrechen. Bei Gelegenheit einer gynäkologischen Operation behufs Reposition des vorgefallenen Uterus konstatirte der Arzt eine Geschwulst in der Lebergegend. Patientin will dann auch bemerkt haben, dass sie gelb im Gesicht wurde und dass die Geschwulst sich vergrösserte. Vor 3 Jahren traten plötzlich Stiche in der Lebergegend auf. Sie hatte grosse Beschwerden durch die Auftreibung des Leibes, welche eine Punction wesentlich erleichterte. Aber die Besserung hielt nicht lange an. Die Beschwerden wurden wieder grösser, es traten die Stiche in der Lebergegend und Luftmangel in erhöhtem Grade auf und Patientin liess sich deshalb in die Charité aufnehmen.

Status: Patientin ist schwächlich gebaut, Musculatur und Fettpolster sind sehr wenig entwickelt. Hautfarbe deutlich icterisch. Die Nase ist nach links vorgewölbt, der linke Nasengang undurchgängig. In derselben beiderseits Ulcera auf dem Septum und der unteren Nasenmuschel. Die Fauces sind leicht geröthet, an der hinteren Rachenwand wenige Granulationen. Thorax flach und schmal. Respiration costal. Die Untersuchung der Brustorgane ergiebt nichts Abnormes. Das Abdomen ist kugelig aufgetrieben und in der oberen Hälfte unregelmässig gewölbt. Es zeigen sich zahlreiche Schröpfnarben auf beiden Seiten des Abdomen. Kein freier Ascites. Die Leberdämpfung ist in der rechten Mamillarlinie schmal, reicht nicht ganz bis zum Rippenbogen, in der Mittellinie geht sie bis 3 Finger breit unter den Nabel und stösst nach links mit der Milzdämpfung zusammen. R. H. U. ist sie ebenfalls sehr schmal und

wenig intensiv, sofort in den tympanitischen Darmschall übergehend. Die Palpation der Leber ergiebt eine tumorartige Vorwölbung derselben in der Mittellinie von ziemlich harter Beschaffenheit und rundlicher glatter Oberfläche. Im Uebrigen ist die Palpation unempfindlich. Keine Fluctuation.

Die Milzdämpfung ist 9 cm breit. Die Spitze der Milz steht 3 Finger breit vor dem Rippenbogen.

Patientin bekommt Syr. ferri jodati.

Vom 19.—25. November erkrankte sie an Erysipelas faciei.

28. XI. Stuhlgang gallig gefärbt, übelriechend, mit Schleimflocken vermischt. Es scheint, als ob der Lebertumor bei Betastung von beiden Seiten seine Gestalt ändert.

29. XI. Das Epigastrium ist durch den Tumor mächtig hervorgewölbt; sein Rand ist nicht scharf, sondern abgerundet, bewegt sich bei der Respiration nicht. Der untere Leberrand steht in der Mittellinie 2 Finger breit unterhalb des Nabels. Der rechte Rand des Tumors liegt in der rechten, der linke in der linken Mamillarlinie. Seine seitliche Beweglichkeit ist grösser als die verticale. Patientin klagt über heftiges Jucken. Die Hautfarbe hat sich in gelbbraun verändert.

Blutuntersuchung: Es sind bis 15 Leukocyten im Gesichtsfelde, die rothen Blutkörperchen von normaler Form und Farbe, in den weissen fällt eine dunkle Granulationsbildung auf.

1. XII. Patientin bekommt Jodkali.

8. XII. Patientin fühlt sich so wohl, dass sie auf ihren Wunsch aus der Anstalt entlassen wird. Ausserhalb der Anstalt befand sie sich 14 Tage wohl, dann aber nahm die Auftreibung des Leibes und die damit verbundenen Beschwerden wieder zu, ebenso schwoll das linke Kniegelenk an und war sehr schmerzhaft. Nach einem am 7. I. 1888 stattgehabten Besuche in der Charité

bekam sie wieder ein Erysipel und liess sich dann am 8. I. wieder aufnehmen.

Status: Hautfarbe gelbbraun, nicht wie bei Icterus, sondern mehr wie bei Morbus Addisonii, Conjunctiva undeutlich icterisch. Auf der linken Nasenseite, Oberlippe und Wange eine deutlich erysipelatöse Röthung der Haut. Halslymphdrüsen geschwollen. Das Abdomen ist in seinem oberen Theile kugelig gewölbt; es ist eine Spur von freiem Ascites nachweisbar. Die Leberoberfläche ist glatt, der untere Rand der Leber in der Mittellinie abgerundet, bis gut querfingerbreit unter den Nabel reichend, zuweilen macht sich in seiner Gegend ein Knirschen bemerkbar. In der rechten Mamillarlinie reicht die Leberdämpfung 2 Finger breit tiefer als der Rippenbogen, nach links stösst sie mit der Milzdämpfnng in spitzem Winkel zusammen.

Die Milzdämpfung ist 13 cm breit, ihre Spitze ist handbreit vor dem Rippenbogen deutlich fühlbar. Die Inguinaldrüsen sind geschwollen. Patientin bekommt Jodkali und graue Salbe. Die Therapie bewirkt ein Zurückgehen des Lebertumors um einige Fingerbreiten und Patientin wird am 14. Februar wesentlich gebessert entlassen.

Fall III. Die 46jährige Patientin S. ist in ihrer Jugend immer gesund gewesen. Im Alter von 28 Jahren wurde sie von einem fremden Kinde, das sie an die Brust nahm, luetisch inficirt. Sie bekam ein Geschwür an der Mamma, das angeblich mit Höllenstein weggebeizt wurde. Bald darauf trat ein Ausschlag im Gesicht auf, die Haare fielen ihr aus. Sie unterwarf sich deshalb einer Injectionskur. 1869 und 1870 traten Frühgeburten ein, erst 1873 gebar sie ein gesundes Kind, das auch heute noch lebt. In diesem Jahre bekam sie ein „Pickel“ an der rechten Nasenseite, das immer grösser wurde, trotzdem sie es ätzte, und die Nase fiel ein. Halsaffectionen, Heiserkeit etc. will sie nie gehabt haben.

Seit 1878 bemerkte sie eine Auftreibung des Leibes. Die Schwellung nahm ganz allmählich zu, erst seit 2 Monaten trat eine rapide Steigerung derselben ein verbunden mit Oedem beider Beine. Ihr Stuhlgang ist häufig diarrhoisch gewesen, niemals aber Verstopfung.

Status: Patientin ist ziemlich gracil gebaut. Auf der Stirn finden sich Narben wie nach Variola. Die Nase ist eingesunken, am rechten Nasenflügel eine tiefe Narbe. Im linken Nasengang ist keine Muschel zu entdecken, die Schleimhaut ist narbig, zum Theil mit blutigen Borken bedeckt, der linke Nasengang bildet eine grosse Höhle, desgleichen der rechte. An den Fauces viele Narben, Uvula deform. Thorax ist schmal. Die rechte Fossa supra- und infraclavicul. eingesunken, daselbst auch kürzerer Percussionsschall. R. V. U. ist die Lungengrenze am unteren Rande der V. Rippe, R. H. U. in der Höhe des Proc. spin. des VIII. Brustwirbels. Sonst alles normal. Die Herzdämpfung beginnt am unteren Rande der III. Rippe, geht nicht nach rechts über das Sternum hinaus, reicht etwa fingerbreit nach aussen von der Papillarlinie. Spitzenstoss im V. Intercostalraum; der erste Tonlaut mit einem präsystolischen Geräusch. Das Abdomen ist kolossal ausgedehnt. In Nabelhöhe beträgt der Leibesumfang 108 cm. Die Entfernung vom Proc. xiphoid. bis zur Symphyse beträgt 54 cm, der Nabel ist verstrichen. 3 Finger breit unterhalb des Nabels beginnt Dämpfung. Bei linker Seitenlagerung tritt in der rechten Bauchgegend tympanitischer Schall auf. Die Leberdämpfung ist wegen des grossen Ascites schwer heraus zu percutiren. In der Lebergegend findet sich bei tiefem Eindringen eine ballotirende harte Geschwulst, deren Rand in der Mittellinie ungefähr handbreit oberhalb des Nabels steht und sich weiter nach rechts verfolgen lässt.

Die Milzdämpfung ist 11 cm breit, ihre Spitze steht fingerbreit vor dem Rippenbogen. Am linken Unter-

schenkel finden sich ausgedehnte Narben, die Inguinaldrüsen sind stark geschwollen.

Patientin wird mit Jodkali und grauer Salbe behandelt und nimmt ausserdem einen Tag um den andern ein Schwitzbald. Der Ascites nimmt infolge dessen in den ersten Tagen auch etwas ab, dann aber tritt wieder eine Vermehrung desselben ein. Es wird am 22. XI. 86 nach vorausgegangener Probepunction die Punction gemacht, die 7 Liter einer leicht getrübten, grünlich tingirten, gelblich serösen Flüssigkeit ergab. Darauf ist das Abdomen weich, die Leber palpabel. Der untere Leberrand reicht bis zum Nabel, bewegt sich bei der Respiration gar nicht, kann jedoch durch Druck nach abwärts verschoben werden. Nach links reicht der Leberrand bis in die linke Parasternallinie, ist sehr hart, ziemlich scharf, mit einer Reihe tiefer Einkerbungen versehen, die tiefste 7 cm vom freien Rande aus gemessen befindet sich 7 cm von der Mittellinie entfernt. Der Umfang des Leibes betrug vor der Punction in Nabelhöhe 110 cm, nach derselben 99 cm. Die ganze Leberoberfläche ist rauh, sehr höckrig, und man fühlt ein deutliches Reiben. In den nächsten Tagen steigt der Ascites aber wieder, schon am 30. XI. beträgt der Umfang des Leibes in Nabelhöhe 104 cm.

2. XII. Abends 10 Uhr Haematemesis. Es werden circa 300 g dunkelrothen Blutes erbrochen.

3. XII. Patientin erbricht von Zeit zu Zeit noch mehr oder minder reichliche Massen schwarzrothen schaumigen Blutes. Es werden um 12 Uhr Mittags durch eine zweite Punction nochmals 7 Liter derselben Flüssigkeit entleert. Patientin fühlt sich darauf etwas erleichtert, aber 2 Stunden darauf tritt von Neuem Bluterbrechen auf, ebenso während der folgenden Nacht auch blutiger Stuhl.

4. XII. Am Morgen friert Patientin sehr stark, klagt über grosse Trockenheit im Munde, hat grossen

Durst. Der Puls ist sehr frequent und dünn, Patientin sehr entkräftet und matt. Gegen Mittag stellen sich lebhafte Delirien ein, Patientin ist sehr aufgeregt, will das Bett verlassen, schreit, wird darauf plötzlich ruhig und stirbt um 12 Uhr Mittags.

Der am 6. XII. 1886 von dem Herrn Dr. Langerhans dictirte Obductionsbefund lautet folgendermassen:

Eine kleine weibliche Leiche mit sehr geringem Fettpolster und im Allgemeinen blasser Hautfarbe. Die Nase ist eingesunken, aus dem Munde fliesst eine hämorrhagische Flüssigkeit in geringer Menge. Die Bauchwand ist sehr schlaff, so dass die Lage der Eingeweide durch dieselbe zu erkennen ist.

Lungenbefund: Nach Abnahme des Sternum retrahiren sich die Lungen wenig. Stand des Zwerchfells beiderseits an der V. Rippe. In beiden Pleurahöhlen eine klare Flüssigkeit von geringer Menge. Die Pleurablätter sowohl rechts wie links zum Theil mit einander verwachsen, besonders in den hinteren Abschnitten. Das Pericard enthält eine wässrige Flüssigkeit. Das Herz entspricht der Grösse der geballten Rechten der Leiche. Der rechte Vorhof ist leer, in der rechten Kammer sehr geringe Mengen Gerinnsel. Tricuspidalis für 3 Finger durchgängig. Endocard und Klappen rechts zart. Im linken Herzen sehr geringe Mengen Speckgerinnsel. Aortenklappen leicht verdickt, ebenso das ganze Endocard daselbst. Die Sehnenfäden der Mitralis sind mit einander verwachsen, zum Theil deutlich verkürzt, ihr Rand verdickt. Die Mitralis ist nur für einen Finger bequem durchgängig. Herzmusculatur im Allgemeinen sehr blass, in der des linken Ventrikels finden sich fibröse Stellen.

In der Lunge schiefrige Induration und im Verlauf der Lymphgefässe Knötchen von grauweisser Farbe. Unterlappen leicht ödematös. Lunge in allen Theilen lufthaltig. Im Oesophagus und Pharynx sowie im An-

fangstheil des Larynx hämorrhagische Massen. Zungengrund stark fibrös, rechts eine dicke wulstige Narbe. An der linken Seite der Uvula eine Narbe, der Kehldeckel ist zum grössten Theile mit Geschwüren bedeckt, an der vorderen Fläche findet sich ein kleiner derber abgeschnürter Theil flottirend, die obere Hälfte fehlt, der freie Rand ist stark gewulstet, narbig eingezogen. Der vordere Abschnitt der linken Lunge ist sehr blutarm, der hintere mässig blutreich; in der Pleura finden sich im Verlauf der Lymphgefässe derbe Knötchen von grauweisser Farbe.

Der Inhalt des Magens besteht aus einer reichlichen röthlichen Masse von ziemlich gering verändertem, geronnenem Blute, von saurer Reaction. Die Oberfläche der Leber ist von höckeriger Beschaffenheit, der linke Lappen ist in eine narbige Masse verwandelt, durchsetzt mit Gummiknoten. Die vorliegenden Dünndarmschlingen sind vom Netze nicht bedeckt, mässig durch Gas aufgetrieben. Im Abdomen circa 300 ccm einer leicht getrübten flockigen röthlich-braunen Flüssigkeit. Das Peritoneum parietale ist an den unteren Abschnitten etwas schiefrig gefärbt, im Uebrigen glatt, feucht, glänzend. Die Milz zeigt Amyloidreaction, ist durch Adhaesionen mit den Nachbarorganen verwachsen, ist sehr gross. Ihre Kapsel ist allseitig verdickt, sie ist von ziemlich derber Konsistenz, grau-rother Farbe auf der Schnittfläche. Der rechte Leberlappen ist stark granulirt auf der Schnittfläche. Quer durch die Leber gehen narbige Züge bis zum Hilus hin. Die ganze Leber hat eine harte Konsistenz. Die Gallenblase ist mit Steinen gefüllt, ihre Wand verdickt, keine Galle darin; im Gallengang sitzt ein über haselnussgrosser Stein, der die Pfortader stark komprimirt. Die linke Nierenkapsel ist ziemlich fettreich, leicht abziehbar. Die Oberfläche der Niere ist ziemlich glatt, zeigt kleine narbige Einziehungen, ihre Konsistenz ist schlaff, ihre Farbe ziemlich gleich-

mässig grauroth, die Markkegel sind blass, die Rinde sehr blass, zum Theil getrübt. Die rechte Niere ist sehr stark geschwollen, zeigt keine Amyloidreaction. Die tiefer liegenden Dünndarmschlingen sind ziemlich stark gefüllt. Im Rectum findet sich schwärzlicher Inhalt, derselbe haftet der Wand sehr fest an, die Schleimhaut ist nur wenig geröthet, die Follikel sind geschwollen. Die Blasenschleimhaut ist blass. Die Vagina hat ein sehr blasses lederartiges Aussehen. Die Uterusmusculatur ist kräftig, an der Vorderfläche des Uterus befindet sich ein kleiner hanfkorngrosser Körper, der sich durch seine grössere Härte bemerkbar macht. Uterusschleimhaut glatt und sehr derb.

Diagnose: Syphilis constitutionalis. Haemorrhagia tractus intestinalis permagna ex compressione venae portae. Cholelithiasis, Anaemia universalis. Stenosis mitralis. Myocarditis interstitialis. Oedema leve pulmonis dextrae. Synechia partialis pleurarum. Cicatrices pharyngis, epiglottidis. Atrophia levis et cicatrices radicis linguae. Hyperplasis permagna lienis. Nephritis multiplex interstitialis. Intumescentia glandularum retroperitonealium. Hepatitis interstitialis. Gummata hepatis. Endometritis indurativa. Colpitis chronica indurativa. Fibromyoma corporis uteri.

Zum Schlusse erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrath Professor Dr. Gerhardt für die Ueberlassung der Krankengeschichten, sowie Herrn Privatdocenten Dr. Müller für die Anregung zu dieser Arbeit und die umfangreiche Unterstützung bei der Anfertigung derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

THESEN.

I.

Die energisch antisyphilitische Therapie hat bei Lebersyphilis nur in beginnenden Fällen eine günstige Prognose.

II.

Bei der Anlage von Krankenhäusern ist das Pavillonsystem dem Corridorsystem im Allgemeinen vorzuziehen.

III.

Bei einfacher Steisslage ist das Herunterholen eines Fusses an sich nicht indicirt.

Lebenslauf.

Verfasser, Ernst Heinrich Brunk, Sohn des Rentiers Friedrich Brunk zu Bromberg, am 3. Dezember 1863 zu Drewce bei Bromberg geboren, evangelischer Konfession, besuchte von Ostern 1873 bis Michaelis 1883 das Königliche Gymnasium zu Bromberg. Am 22. October desselben Jahres wurde er in das Königliche medicinisch-chirurgische Friedrich-Wilhelms-Institut aufgenommen und diente vom 1. April bis 30. September 1884 als Einjährig-Freiwilliger in der 3. Kompagnie des Kaiser Alexander-Garde-Grenadier-Regiments Nr. 1. Am 25. Juli 1885 bestand er das Tentamen physicum, am 22. Juli 1887 das Examen rigorosum. Am 1. October 1887 wurde er zum Unterarzt im Niederschlesischen Feldartillerie-Regiment No. 5. ernannt und legte im Prüfungsjahr 1887/88 sein Staatsexamen ab.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kurse folgender Herren:

Bardeleben, v. Bergmann, Bartold, du Boys-Reymond, Dilthey, Eichler (†), Ewald (†), Fräntzel, Gerhardt, Gurlt, Gusserow, Hartmann, v. Helmholtz, Henoch. Hirsch, Hofmann, Koch, Köhler, Kossel, Leuthold, G. Lewin, Leyden, Liebreich, Liman, Martins, Olshausen, Orth, Reichert (†), Salkowski, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Schultze, Schulz, Sonnenburg, Trautmann, Virchow, Waldeyer, Westphal.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.